

**Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Hành Vi Quận San Bernardino**  
**GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ (PHI)**

Tên Khách \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Tháng/Ngày/Năm)  
Hàng: \_\_\_\_\_

Địa Chỉ Khách \_\_\_\_\_ 4 số cuối an sinh xã hội SSN: \_\_\_\_\_ XXX / XX /  
Hàng: \_\_\_\_\_ ( )  
Điện Thoại của Khách Hàng: \_\_\_\_\_

**Việc điền vào giấy này cho phép tiết lộ và sử dụng thông tin sức khỏe của quý vị. Việc không cung cấp mọi thông tin được yêu cầu có thể làm vô hiệu giấy Cho Phép này.**

**VIỆC SỬ DỤNG VÀ TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE**

Theo đây tôi cho phép \_\_\_\_\_ tiết lộ cho: \_\_\_\_\_  
(Tên Cơ Sở/Nhà Cung Cấp/Khác)

Tên: \_\_\_\_\_  
(Cá Nhân/Tổ Chức được phép nhận thông tin sức khỏe)

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Thành phố, Tiểu bang, số vùng Zip: \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại: ( ) \_\_\_\_\_ Số Fax: ( ) \_\_\_\_\_

a. Cụ thể tôi cho phép tiết lộ thông tin sau đây (chọn mục thích hợp):

- Thông tin điều trị Sức Khỏe Tâm Thần \_\_\_\_\_ (ký tắt của khách hàng hoặc người đại diện hợp pháp)
- Thông tin điều trị Nghiện Rượu/Ma Túy \_\_\_\_\_ (ký tắt của khách hàng hoặc người đại diện hợp pháp)

b. Tôi cho phép tiết lộ:

Tất cả thông tin sức khỏe của tôi liên quan đến bệnh sử, điều kiện sức khỏe tâm thần của tôi hay phương pháp điều trị đã nhận được; từ \_\_\_\_\_ đến \_\_\_\_\_ **HOẶC**

Chỉ có các hồ sơ hay các loại thông tin sức khỏe sau đây; từ \_\_\_\_\_ đến \_\_\_\_\_

Đánh giá  Kế Hoạch của Khách Hàng  Thư Tóm Tắt  Tham gia điều trị  Ghi Chú Điều Trị

Tóm Tắt Thông Tin Xuất Viện  Chẩn đoán  Thuốc  Khác \_\_\_\_\_

**MỤC ĐÍCH**

Mục đích sử dụng hoặc tiết lộ được yêu cầu:  yêu cầu của khách hàng; **HOẶC**  khác (vui lòng liệt kê mục đích): \_\_\_\_\_

Các trường hợp giới hạn, nếu có: \_\_\_\_\_

**HẾT HẠN**

Giấy Cho Phép này hết hạn vào [cho ngày chính xác]: \_\_\_\_\_

Sở Chăm Sóc Sức Khỏe Hành Vi Quận San Bernardino  
GIẤY CHO PHÉP TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐƯỢC BẢO VỆ (PHI)

**Lưu ý:** Luật pháp California quy định quý vị phải nhập ngày chính xác; nếu không, DBH không thể giải quyết giấy Cho Phép này.

### RÚT LẠI

Tôi hiểu rằng tôi có thể hủy giấy Cho Phép này vào bất kỳ lúc nào, nhưng tôi phải có yêu cầu bằng văn bản gửi cho cơ sở chăm sóc sức khỏe mà tôi đã cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi. Nếu tôi rút lại giấy Cho Phép này, tôi phải gửi đến địa chỉ sau đây:

*(Cho địa chỉ của Phòng Khám DBH được phép tiết lộ hoặc sử dụng thông tin sức khỏe của khách hàng)*

Việc tôi hủy giấy Cho Phép này sẽ có hiệu lực sau khi DBH nhận được yêu cầu và sẽ không có thông tin nào khác được tiết lộ dựa trên việc hủy. Tôi hiểu rằng DBH có thể không có khả năng truy xuất bất kỳ thông tin nào đã tiết lộ trước khi rút lại giấy cho phép.

### CÁC QUYỀN CỦA TÔI

- Tôi có thể từ chối ký tên vào giấy Cho Phép này. Việc tôi từ chối ký tên sẽ không ảnh hưởng đến khả năng của tôi trong việc nhận được điều trị, thanh toán hay điều kiện nhận các phúc lợi.
- Tôi có quyền nhận được một bản sao của giấy Cho Phép này.
- Trong trường hợp luật pháp cho phép, tôi có thể kiểm tra hoặc nhận một bản sao của thông tin sức khỏe mà tôi được yêu cầu cho phép sử dụng hay tiết lộ.
- Tôi hiểu rằng thông tin sức khỏe mà tôi cho phép tiết lộ có thể được tái tiết lộ bởi cá nhân/tổ chức tôi đã chỉ định nhận thông tin đó. Tôi hiểu rằng DBH không thể ngăn chặn việc thông tin đã tiết lộ trước đây theo giấy Cho Phép này bị tái tiết lộ bởi bên nhận thông tin đó.
- Tôi hiểu rằng trong một số trường hợp luật pháp California không cấm việc tái tiết lộ thông tin của tôi và thông tin của tôi có thể không còn được bảo vệ bởi luật bảo mật thông tin của liên bang (HIPAA) nữa. Tuy nhiên, tôi hiểu rằng luật pháp California cấm cá nhân hay tổ chức nhận thông tin sức khỏe của tôi tiết lộ thêm trừ phi có một giấy cho phép khác của tôi hoặc trừ phi việc tiết lộ đó là theo quy định cụ thể của pháp luật hoặc được pháp luật cho phép.

### CHỮ KÝ

Ngày: \_\_\_\_\_ Giờ: \_\_\_\_\_  sáng  chiều

Chữ ký: \_\_\_\_\_

*(Khách hàng của DBH phải ký tên, bao gồm trẻ vị thành niên 12 tuổi trở lên, nếu có năng lực pháp lý và tâm thần)*

Chữ ký: \_\_\_\_\_

*(người đại diện hợp pháp của khách hàng hoặc cha mẹ/người giám hộ của trẻ vị thành niên không có khả năng đồng ý)*

Nếu ký bởi một người không phải khách hàng, cho biết tên và quan hệ hợp pháp của quý vị với khách hàng.

*(Tên và quan hệ với khách hàng)*

### CHỈ DÀNH CHO NHÂN VIÊN Y KHOA CỦA DBH SỬ DỤNG

Tôi đã đánh giá trẻ vị thành niên 12-17 tuổi này và xác định rằng trẻ/có/không có năng lực cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của mình.

Chữ Ký của Nhân Viên DBH Có Giấy Phép

Tên Viết In

Ngày